

CLAIM FORM FOR GROUP HOSPITALISATION & SURGICAL BENEFIT
BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN POLISI BERKELOMPOK



Certificate No. <i>No. Sijil</i>	<input type="text"/>	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	<input type="text"/>
Certificate No. <i>No. Sijil</i>	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport</i>	<input type="text"/>
Certificate No. <i>No. Sijil</i>	<input type="text"/>	Name of Person Covered <i>Nama Orang yang Dilindungi</i>	<input type="text"/>
Certificate No. <i>No. Sijil</i>	<input type="text"/>		
Certificate No. <i>No. Sijil</i>	<input type="text"/>		

Instruction - Supporting documents required. Please attach the final original bills and original receipts covering hospitalisation/surgical expenses and completed original Attending Physician Statement.

Arahan - Dokumen sokongan yang diperlukan. Bil asal muktamad terperinci asal dan resit rasmi yang mencatatkan perbelanjaan rawatan hospital dan pembedahan.

1. Name of Employer <i>Nama Majikan</i>		<input type="text"/>
Group Certificate No <i>No Sijil Berkelompok</i>		<input type="text"/>
2. Employee's Details <i>Butir-Butir Pekerja</i>		
a. Name of Employee <i>Nama Pekerja</i>	<input type="text"/>	
b. NRIC No <i>No Kad Pengenalan</i>	<input type="text"/>	
c. Employee Plan Type <i>Jenis Pelan Pekerja</i>	<input type="text"/>	
d. Staff No <i>No Pekerja</i>	<input type="text"/>	
e. Date Joined Company <i>Tarikh Kemasukan Syarikat</i>	<input type="text"/>	
f. Current Correspondence Address <i>Alamat Surat Menyurat</i>	<input type="text"/>	
g. Telephone No <i>No Telefon</i>	<input type="text"/>	
h. If The Patient Is A Dependent <i>Jika Pesakit Adalah Tanggungan Pekerja</i>	<input type="text"/>	
i) Name of Dependent <i>Nama Tanggungan</i>	<input type="text"/>	
ii) Relationship to Employee <i>Hubungan Dengan Pekerja</i>	<input type="text"/>	
iii) Name of Dependent's Employer <i>Nama Majikan Kepada Tanggungan</i>	<input type="text"/>	
3. Statement of Patient <i>Butir-Butir Pesakit</i>		
a. NRIC No <i>No Kad Pengenalan</i>	<input type="text"/>	
b. Occupation <i>Pekerjaan</i>	<input type="text"/>	
c. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	<input type="text"/>	
d. Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	<input type="text"/>	
e. Date Admitted <i>Tarikh Kemasukan</i>	<input type="text"/>	
f. Date Discharged <i>Tarikh Keluar</i>	<input type="text"/>	
g. Date(s) of Surgery <i>Tarikh Pembedahan</i>	<input type="text"/>	
h. Have you claimed before under this Group Policy? <i>Pernahkah anda membuat tuntutan di bawah polisi berkelompok sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
i) If "Yes", please state date: <i>Jika "Ya", sila nyatakan tarikh</i>	<input type="text"/>	
4. a. Nature of injury or illness <i>Kecederaan atau penyakit yang dihadapi</i>	<input type="text"/>	
b. How did the disability arise? <i>Bagaimanakah ketidakupayaan ini berlaku?</i>	<input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i> <input type="checkbox"/> Sickness <i>Penyakit</i> <input type="checkbox"/> Pregnancy <i>Mengandung</i>	
5. If hospitalisation was due to accident, please furnish details of accident <i>Jika kemasukan ke hospital akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut:</i>		
a. When did it occur? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	dd _____ mm _____ yy _____ at _____ am/pm	
b. Where did it occur? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>	hh _____ bb _____ tt _____ pada _____ pagi /petang	
c. How did it occur? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i>	<input type="text"/>	
d. Nature and extent of injury <i>Jenis dan tahap kecederaan yang dialami</i>	<input type="text"/>	

CLM-GHSBF-V01-052016

Great Eastern Takaful Berhad (916257-H)

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
 Telephone: +603 4259 8338 Fax: +603 4259 8808 Customer Service Careline: 1 300 13 8338
 E-mail: i-greatcare@greatasterntakaful.com Website: www.greatasterntakaful.com

6. If hospitalisation was due to other causes, please furnish details *Jika kemasukan ke hospital akibat sebab lain, sila kemukakan butiran berikut:*

- a. Nature of illness/symptom *Jenis penyakit/simtom*
- b. For how long had you/the Person Covered been having the symptom prior to first admission? *Berapa lamakah anda/orang dilindungi telah mengidap simtom yang dikemukakan sebelum dimasukkan ke hospital?*
- c. What was the diagnosis? *Apakah diagnosis ketika itu?*

7. Name and address of doctors who treated you/the life insured for this illness/injury/condition. *Nama dan alamat doktor yang merawat anda/orang yang dilindungi untuk penyakit/kecederaan/keadaan ini.*

Date of Consultation
Tarikh Rawatan

Date of Admission (if any)
Tarikh Kemasukan (jika ada)

Doctor's Name *Nama doktor*

Address *Alamat*

8. Please furnish name and address of your/the Person Covered's usual attending doctor other than above. *Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang selalu merawat anda/orang yang dilindungi, selain daripada yang atas.*

Doctor's Name
Nama doktor

Address
Alamat

9. Are you/Is Person Covered presently covered for Hospitalisation & Surgical benefits under any government law/program, employee benefit, any health benefit scheme or any other Takaful coverage/ If so, please furnish details. *Adakah anda/orang yang dilindungi ketika ini dibawah perlindungan insurans faedah Hospital & Pembedahan, di bawah sebarang program/undang-undang kerajaan, kemudahan pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain? Jika ada, sila kemukakan butiran berikut:*

a. Name of Company/Program/Scheme *Nama Syarikat/Program/Skim*

b. Policy/Membership No *No Polisi/Keahlian*

10. Authorization *Kebenaran/Pemberian Hak*

I _____ NRIC No _____ hereby authorize any physician, hospital, clinic or Takaful Operator/insurance company or other organization, institutions or persons, that have any records or knowledge of me/the Person Covered or my/Person Covered's health, to disclose to _____ or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of me/the Person Covered or any person who has any claim or interest in any certificate issued hereunder, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me/the person covered in a professional capacity. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my/person covered's death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Saya _____ No. Kad Pengenalan _____ dengan ini memberi kuasa kepada sebarang doktor, pihak hospital, klinik atau syarikat insurans Pengendali Takaful atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada _____ atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya/orang yang dilindungi atau sesiapa yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam sebarang sijil yang dikeluarkan, ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat saya/orang yang dilindungi ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Kebenaran ini mengikat dan tidak boleh di batal oleh waris dan penerima serah hak dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakeupayaan saya/orang yang dilindungi dan salinan kebenaran ini dianggap sah dan berkesan seperti dokumen asal.

We further confirm and authorize Great Eastern Takaful Berhad as follows:-

[please tick on one (1) box only]

Dengan ini kami mengesahkan dan memberi kebenaran kepada Great Eastern Takaful Berhad seperti berikut:-

[sila tanda pada satu (1) kotak sahaja]

- the bills are paid by the Employer and please reimburse eligible expenses incurred to the Employer
bil yang dibayar oleh Majikan, sila bayar balik perbelanjaan layak yang ditanggung kepada Majikan
- the bills are paid by the Employee and/or the Patient, and please reimburse eligible expenses incurred to the Employee
bil yang dibayar oleh Majikan dan/atau Pesakit, sila bayar balik perbelanjaan layak yang ditanggung kepada Pekerja

Signature of Employee
Tandatangan Pekerja

Signature of Employer & Company Stamp
Tandatangan Majikan & Cop Syarikat

Signature of Patient*
*Tandatangan Pesakit**

Date:
Tarikh:

Date:
Tarikh:

Date:
Tarikh:

* The employee should sign if the patient is a dependent child

* Pekerja dikehendaki menandatangani sekiranya pesakit adalah kanak-kanak

MEDICAL REPORT IS NOT REQUIRED FOR TOTAL BILLS NOT EXCEEDING RM500 UNLESS SPECIALLY REQUESTED

LAPORAN PERUBATAN TIDAK DIPERLUKAN SEKIRANYA BIL TIDAK MELEBIHI RM500 KECUALI DIMINTA